

Gli interventi psicologici a sostegno dell'équipe di Cure Palliative

A cura della Commissione Psicologi SICP

Borreani Claudia - Coordinatrice

Aprea Tonino

Bonarelli Francesca

Digangi Giusy

Di Leo Silvia

Porta Anna

Serpentini Samantha

Vignola Valentina

Ha collaborato alla revisione finale del Documento Silvana Selmi

Presentazione Carlo Peruselli Presidente SICP

La SICP presenta con grande soddisfazione questo Documento prodotto dalla Commissione Psicologi della nostra Società Scientifica, che riguarda una tematica, quella dei possibili interventi psicologici a sostegno delle equipe di Cure Palliative, di grande interesse per tutti noi. È un'area di lavoro nella quale, come viene ben sottolineato nel Documento, molte domande restano ancora aperte, anche se diverse e positive esperienze sono in atto da tempo, anche nella nostra realtà italiana, con risultati ancora da valutare pienamente. Il Documento prodotto dalla Commissione Psicologi della SICP ha il pregio fondamentale di mettere in evidenza, sulla base della letteratura e delle esperienze più consolidate, il cammino già fatto per una definizione ed applicazione possibile degli interventi più efficaci a supporto delle equipe, sottolineando anche il cammino ancora da fare per valutare in modo sempre più convincente l'impatto di questi interventi.

Ringrazio davvero la Collega e amica Claudia Borreani e tutti i componenti della Commissione Psicologi che hanno partecipato alla stesura di questo Documento per l'impegno e la competenza che hanno messo in campo per completare il lavoro che era stato loro affidato dal CD Nazionale, rispetto ad un argomento ancora fonte di discussione nel nostro mondo professionale ma certamente di grande importanza per tutti coloro che lavorano nelle equipe di cure palliative.

Carlo Peruselli
Presidente SICP

Gli interventi psicologici a sostegno dell'équipe di Cure Palliative

Indice

Introduzione

L'équipe di cure palliative

Uno sguardo alla letteratura internazionale

Aspetti normativi e documenti di riferimento

Lo staff support in Cure Palliative

Focus dello Staff Support

Metodologie di lavoro

Modelli e tecniche di intervento:

- Staff support case
- Programmi di sostegno al lutto
- Interventi psico-educazionali
- Forum espressivi-narrativi
- Interventi basati sull'arteterapia

Riflessioni sull'efficacia degli interventi di staff support

La supervisione in Cure Palliative

Dinamiche di gruppo, d'équipe e rapporti con l'istituzione

La supervisione psicologica dell'équipe di Cure Palliative

La domanda di supervisione

Partecipanti

Focus

Metodologia

Tecniche e stili di conduzione del gruppo

Vincoli organizzativi del setting della supervisione

Il supervisore

Conclusioni

Spunti bibliografici per approfondire

INTRODUZIONE

Lavorare in Cure Palliative implica un costante confronto con l'esperienza della malattia inguaribile, con il processo del morire e con la morte. Tale confronto non può avvenire senza un significativo coinvolgimento umano, spirituale/esistenziale, personale e professionale dei diversi operatori coinvolti. Per questo, sin dalla loro origine, le Cure Palliative hanno previsto specifici interventi di supporto psicologico all'équipe.

Gli interventi psicologici a sostegno dell'équipe di Cure Palliative rappresentano un'area di competenza dello psicologo che ha, però, sempre risentito di una mancanza di definizioni chiare e di procedure operative condivise. I diversi approcci sperimentati hanno seguito obiettivi e modalità assai diversificate, spesso riconducibili, più che ad un modello teorico di riferimento, alla specifica formazione dello psicologo coinvolto o alle richieste ed ai bisogni espressi dall'équipe stessa.

Queste esperienze, maturate con alterne fortune fin dall'origine delle Cure Palliative, rappresentano un patrimonio importante di saperi per gli psicologi impegnati in questo campo, ma necessitano di un processo di ricollocazione e ridefinizione affinché possano essere inseriti all'interno di ambiti di riferimento (teorici, normativi e organizzativi) comuni su tutto il territorio italiano e in linea con le esperienze internazionali.

Per questo motivo la Commissione Psicologi SICP si è data l'obiettivo di affrontare questa tematica proprio a partire dall'analisi dell'esistente al fine di ricollocare le diverse esperienze raccolte all'interno di una quadro concettuale e operativo condiviso.

Un'attenta analisi dell'esperienza clinica e della letteratura scientifica hanno chiaramente delineato due categorie di interventi psicologici a sostegno dell'équipe: lo Staff Support e la Supervisione Psicologica dell'équipe.

Rispetto a queste due tipologie di intervento psicologico la Commissione ha aperto al suo interno un significativo e complesso lavoro di analisi e confronto sia sulle esperienze nazionali che internazionali, nel tentativo di pervenire ad una illustrazione il più possibile oggettiva dei rispettivi modelli e metodologie.

Il presente documento si pone l'obiettivo di illustrare queste due modalità di approccio psicologico all'équipe individuandone i presupposti teorici e normativi, gli obiettivi e, laddove presenti, i metodi e gli strumenti di lavoro.

La finalità principale del testo è quella di offrire uno strumento sia alle équipe di Cure Palliative, al fine di orientare ed esprimere i loro bisogni di supporto all'interno di percorsi psicologici appropriati, sia agli psicologi che lavorano, o che intendono lavorare in Cure Palliative, per avere un primo punto di riferimento nella pianificazione e organizzazione di queste attività.

1. L'ÉQUIPE DI CURE PALLIATIVE

Nell'équipe di Cure Palliative diverse professionalità sono calate in un ambito clinico avente alcune caratteristiche peculiari:

- alta personalizzazione della cura ("tailored care");
- valorizzazione delle capacità residue di autonomia del malato e promozione di scelte condivise;
- alleanza di lavoro multi-personale con il paziente e la sua rete di relazioni significative;
- negoziazione costante tra competenze tecnico-scientifiche (quelle dei professionisti) e competenze esperienziali e biografiche (quelle degli individui che vivono in prima persona la progressione della malattia e l'avvicinarsi della morte);
- stretta e continua collaborazione e confronto con il paziente e la sua famiglia da un lato, e tra operatori dall'altro, come requisito indispensabile alla realizzazione di interventi appropriati ed eticamente consapevoli;
- impatto emotivo del dolore e dell'impotenza umana di fronte alla morte come limite.

Condividendo questi fattori comuni, le équipe di Cure Palliative si differenziano per la tipologia di pazienti che assistono (adulti e anziani da una parte, neonati, bambini e adolescenti dall'altra) e per i contesti sanitari (Ospedale, Hospice), sociali (domicilio e luoghi di vita), culturali e geografici in cui esercitano il loro intervento. Queste variabili incidono in maniera significativa sia sui fenomeni relazionali ed emotivi a cui sono esposte, sia sulle specifiche caratteristiche della loro attività/sui modi e sui tempi con cui essa si declina.

Come descritto nel "Core Curriculum dello psicologo in Cure Palliative" (SICP 2013), le équipe in Cure Palliative sono costituite ed operano nel rispetto dei criteri di multidisciplinarietà, di interdisciplinarietà e di transdisciplinarietà. Gli operatori che vi appartengono, oltre a possedere le competenze proprie del proprio "core" professionale ed a utilizzarle in modo sinergico per far fronte alla complessità dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari, sono chiamati ad acquisire conoscenze e competenze di base trasversali a tutte le professioni.

In modo simile ad altre realtà organizzative, infine, le équipe specialistiche di Cure Palliative fanno ormai parte di complesse istituzioni sanitarie, e sono ad esse vincolate sul piano giuridico, organizzativo, economico, clinico ed etico.

Ne consegue che nell'affrontare il tema del supporto psicologico a favore dell'équipe bisogna sempre tener conto di questo duplice livello: dinamiche intra-gruppo, ovvero l'insieme fluido e mutevole delle interazioni e dei rapporti interpersonali tra i membri del gruppo; dinamiche inter-gruppo, ovvero tra il gruppo in oggetto e gli altri gruppi con cui questo è in interazione.

2. UNO SGUARDO ALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Fin dalla nascita delle Cure Palliative è stata rivolta molta attenzione da parte della comunità scientifica allo studio delle componenti del disagio lavorativo degli operatori e, più recentemente, all'individuazione dei fattori che promuovono la resilienza ed il benessere lavorativo.

È largamente riconosciuto che il lavoro a contatto con la sofferenza e la morte sia un'esperienza professionale che coinvolge gli operatori sul piano personale, prima che professionale(Asai et al, 2007; Blust, 2009; Papadatou 2009). Conseguentemente è possibile che si attivino processi di identificazione più o meno consapevoli con il paziente che, se non riconosciuti e gestiti adeguatamente, possono favorire lo sviluppo di una forma di stanchezza emotiva, descritta in letteratura come compassion fatigue (letteralmente “fatica da compassione”), o di una perdita di senso rispetto al proprio lavoro (moral distress) oppure sfociare in una più complessa condizione di esaurimento psico-fisico, nota come sindrome del burnout (Keidel, 2002; Abendroth, 2006; Aycock 2009; Potter et al 2010)

La letteratura scientifica si è spesso interrogata sulla questione se sia proprio il confronto con la morte la principale fonte di stress per gli operatori in Cure Palliative: gli studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno tuttavia prodotto risultati contrastanti. Una interessante revisione della letteratura sull'argomento (Vachon e Sherwood, 2007) ha evidenziato che gli operatori attivi in questo ambito riportano complessivamente minore stress lavorativo se paragonati ad altri operatori sanitari che lavorano con patologie gravi anche se non necessariamente terminali (Ramirez 1995; Asai 2007).

A parità di setting lavorativo è risultato inoltre che i clinici che si sentono insufficientemente formati sulla comunicazione e sulle abilità manageriali presentano livelli superiori di stress rispetto a coloro che si ritengono più preparati in questi specifici ambiti; anche una insufficiente confidenza nella cura psicologica dei pazienti si è dimostrata maggiormente associata ai livelli di burnout dei medici più di quanto si sia dimostrato il confronto con la morte.

Uno studio australiano ha suggerito che l'impatto limitato del fattore “morte” sullo stress lavorativo sia dovuto al fatto che si tratti di un problema ampiamente “preso in carico” dal modello organizzativo delle Cure Palliative stesse (Vachon e Huggard 2010).

Si può assumere che lo specifico modello organizzativo delle Cure Palliative, così come i percorsi formativi degli operatori, svolgano una importante funzione di prevenzione e/o contenimento dello stress lavoro correlato.

Ricerche più recenti si sono focalizzate sull'analisi del rapporto che si instaura tra l'operatore di Cure Palliative ed il proprio ambito lavorativo, individuando alcuni specifici fattori che rivestono un ruolo significativo nel determinare lo stress lavoro-correlato. Tra questi si segnalano: i carichi di lavoro (ovvero la percezione di

non avere un tempo sufficiente per svolgere bene le proprie mansioni); il controllo (ovvero la sensazione di non poter esercitare un adeguato grado di controllo sulle risorse, personali o organizzative, necessarie per compiere il proprio lavoro); i riconoscimenti (la mancanza di adeguati riconoscimenti sia di natura economica che professionale); il benessere relazionale (la misura in cui l'individuo sente un senso di connessione personale con gli altri colleghi di lavoro) e i valori (ovvero la percezione di mancanza di coerenza e discontinuità tra il proprio lavoro ed i propri valori di riferimento).

La soddisfazione o la mancata soddisfazione di questi requisiti determinano, assieme al contenuto del lavoro, la qualità dell'esperienza lavorativa. (Maslach et al 2001; Meier et al 2006).

Alla luce dei dati di letteratura brevemente riassunti, gli interventi a sostegno dell'équipe dovranno essere pianificati dopo una attenta analisi dell'ambito specifico da cui il disagio origina o si sviluppa, proponendo conseguentemente all'équipe, l'approccio più appropriato.

3. ASPETTI NORMATIVI E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Il tema degli interventi psicologici a sostegno dell'équipe di Cure Palliative viene introdotto a livello normativo e definitorio dai seguenti documenti:

3.1 Conferenza Stato-Regioni del 25 luglio 2012

Nel documento che ha ad oggetto la "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", al punto n. 7 sono indicati tra le "dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative (standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3") i "programmi di supporto psicologico all'équipe" con il seguente criterio per il processo di accreditamento: "nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete".

Nello stesso documento, nella sezione relativa alle "Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrica, ai fini dell'accreditamento delle Strutture (standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3), vengono citati al Punto 14 "Programmi di supporto psicologico all'équipe" con il seguente criterio valido ai fini della procedura di accreditamento: "nella Rete pediatrica sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete".

3.2 Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 04 Aprile 2012 di istituzione del Master Universitario di II Livello in Cure palliative e Terapia del dolore per Psicologi

Il Decreto del MIUR istituisce un Master universitario di II Livello che si propone di "formare psicologi idonei ad operare nell'ambito della rete di cure palliative e di terapia del dolore, fornendo conoscenze teoriche e competenze specifiche per realizzare interventi psicologici finalizzati a contenere ed elaborare la sofferenza dei vissuti di pazienti, famiglie e operatori sanitari."

In particolare il decreto definisce tra gli obiettivi formativi qualificanti di base "la conoscenza delle componenti della sindrome da burn-out che colpisce le persone che esercitano le professioni di aiuto". Si sottolinea inoltre che il discente deve acquisire le competenze necessarie per realizzare "la consulenza, la supervisione ed il supporto al personale di assistenza che opera nella rete di cure palliative e di terapia del dolore".

Significativo è inoltre che tra le attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche del master siano menzionati "almeno 10 incontri di gruppo per favorire l'elaborazione ed il controllo delle dinamiche psicologiche ed emotive degli operatori della rete di cure palliative".

3.3 IL Core Curriculum dello Psicologo in Cure Palliative, SICP 24 Ottobre 2013

Il documento, che va ad integrarsi con quelli delle altre discipline curati dalla Società Italiana di Cure Palliative, è stato redatto da un gruppo tecnico degli

Psicologi SICP che ha lavorato tenendo conto dei suggerimenti dell'EAPC, presentati nella specifica guidance, seguendone indicazioni e impianto metodologico. L'obiettivo generale del documento, più volte ribadito a livello internazionale sia dalla task force psicologia delle EAPC che dal documento EuroPsy ed ancora dal gruppo tecnico NICE, è quella di far conoscere a tutte le figure professionali con cui lo psicologo collabora, le attività e le competenze esclusive e specifiche psicologiche ed i percorsi formativi/conoscitivi necessari per acquisirle. Questo obiettivo viene perseguito suddividendo il documento in macroaree di intervento, specificando per ognuna di esse le competenze e le conoscenze necessarie per acquisirle.

In particolare il Core Curriculum dello Psicologo in Cure Palliative individua al punto 5 la seguente macroarea: "Analisi del clima lavorativo, discussione casi, supporto all'équipe e supervisione psicologica".

Secondo il documento "*Lo Psicologo in Cure Palliative attua un costante monitoraggio del clima lavorativo nell'équipe attraverso strumenti e tecniche idonee ai vari setting assistenziali. È sua competenza specifica facilitare l'espressione delle emozioni e rilevare le dinamiche di gruppo nella discussione dei casi e nel supporto all'équipe. Riconoscere la necessità di una supervisione esterna è competenza specifica dello psicologo anche se può essere evidenziata da vari membri dell'équipe. Lo psicologo interno all'équipe non può esserne contemporaneamente supervisore*".

3.4 Accordo Stato-Regioni rep. Atti 87/CSR del 10 Luglio 2014

Si tratta di un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Nell'allegato tecnico dell'art. 5, in merito ai contenuti minimi in termini di conoscenze, competenze e abilità definiti per le figure professionali operanti nella Rete della terapia del dolore, cure palliative e terapie del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento delle attività professionali nelle strutture pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro, relativamente alla figura dello "Psicologo specialista" (con qualifica di Laurea e Specializzazione) sono evidenziate tra le sue competenze di base quelle di:

- Saper condurre e/o partecipare alla discussione dei casi
- Saper impostare un'efficace lavoro di supervisione d'équipe
- Saper attuare strategie efficaci per il riconoscimento e la prevenzione del burn-out
- Saper applicare tecniche di lavoro di gruppo per il contenimento del malessere lavorativo

Per quanto riguarda i contenuti formativi necessari per lo sviluppo di queste competenze vengono indicati: modelli di facilitazione della relazione; metodologie di audit; modelli di interazione ed interrelazione di gruppo; teorie, sintomi, terapia del burnout.

3.5 Il Core Curriculum in Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, SICP 29 Settembre 2014

Il Documento definisce in modo dettagliato i curricula formativi dei professionisti - medici, infermieri e psicologi che dovranno occuparsi di Cure Palliative e terapia del dolore in età pediatrica.

Si tratta di un Curriculum Formativo nel quale vengono identificati e trattati otto ambiti specifici di competenze per tutte e tre le suddette professionalità. Per ciascun'area di competenza sono definite le conoscenze (il sapere) e le capacità della loro applicazione pratica (il saper fare), nonché le strategie educative/formative per raggiungere l'obiettivo a tre diversi livelli: di base, specialistico e manageriale.

In particolare, per quanto riguarda la sezione del Core Curriculum per lo Psicologo, viene identificata un'area di competenza (4) relativa al "Lavorare in équipe di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP)" così definita: "Conoscenze e competenze dello psicologo necessarie per saper apportare e integrare il proprio specifico contributo professionale all'interno del lavoro d'équipe di TD e CPP allo scopo di promuovere nel gruppo di lavoro la consapevolezza della dimensione emotiva e relazionale del bambino/adolescente malato e della famiglia, nonché del singolo operatore e del gruppo stesso nel suo complesso". Tra le specifiche conoscenze di quest'area vengono identificate tra le altre quella relativa agli indicatori che contraddistinguono il rischio di burn-out e quella inherente i diversi livelli di supervisione all'interno di un lavoro di équipe. Quest'ultima si articola con la conseguente competenza a "saper condurre una supervisione dell'équipe (figura professionale esterna all'équipe)".

3.6 Documento della "Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza", Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri, Febbraio 2015

Il 6 febbraio 2015 è stato diffuso dal Ministero della Salute uno schema di DPCM (Decreto del presidente del Consiglio dei ministri) che definisce i nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), ovvero le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio sanitario deve garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.

Il documento contiene all'art. 31 la definizione dei LEA per l'Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita. In particolare per quanto riguarda i Centri specialistici di Cure Palliative-Hospice si specifica, tra l'altro che: "dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'équipe".

3.7 Documento di Consenso "Appropriatezza dei termini psicologici e relazionali in cure palliative" Workshop Psicologi Congresso Nazionale SICP 2014

in cui ai punti 9 e 10 si legge:

- Lo Staff Support Case è la formazione attraverso i casi. Competenza dello psicologo, ma *mission* dell'equipe di cure palliative è lavorare sull'analisi dei casi clinici al fine di: migliorare la comprensione delle situazioni cliniche; ridefinire con l'equipe coerentemente con l'analisi del caso il progetto individuale e il piano assistenziale nei suoi obiettivi di intervento; condividere il vissuto emotivo connesso alle dinamiche relazionali rilevate; analizzare il vissuto emotivo dell'equipe in ordine al caso considerato; analizzare il *timing* in cui ciascun professionista è intervenuto; individuare gli obiettivi raggiunti e mancati. Sarà compito dello psicologo dell'equipe costruire spazi formativi in tal senso, di cui il fine è la formazione dell'equipe attraverso la pratica.
- La Supervisione è l'intervento di uno psicologo esterno all'equipe con competenze specifiche in cure palliative. L'intervento è centrato sulle dinamiche dell'equipe con finalità di prevenzione del *burnout*, miglioramento del clima lavorativo e della qualità del lavoro attraverso la discussione e l'analisi delle modalità di gestione dei casi clinici, delle loro implicazioni emotive e dei conflitti relazionali di natura professionale.

4. MODELLI DI INTERVENTO PSICOLOGICO RIVOLTI ALL'ÈQUIPE

Vengono di seguito presentati i due principali modelli di intervento psicologico a sostegno dell'èquipe descritti in letteratura e rilevati nella pratica clinica: lo Staff Support con la molteplicità di interventi ad esso riferiti (maggiormente diffuso nella realtà anglosassone) e la Supervisione Psicologica d'èquipe (prevista e applicata più tradizionalmente nella realtà italiana).

4.1 LO STAFF SUPPORT IN CURE PALLIATIVE

Lo Staff Support si riferisce ad un gruppo molto eterogeneo di interventi psicologici a sostegno dei professionisti delle équipe di cura.

La responsabilità morale ed etica di assicurare il benessere ai propri operatori giustifica, secondo Payne (2008) la necessità dello Staff Support nei servizi di cure palliative, adulti e pediatrici, in quanto modelli organizzativi ad alta complessità sanitaria e sociale. Il benessere dei membri dell'èquipe in questi contesti ha un impatto significativo sulla qualità del servizio. In tal senso, lo staff che le eroga rappresenta un capitale sociale che va protetto.

Caratteristica principale degli interventi di Staff Support, è che non prevedono necessariamente il coinvolgimento dell'intera èquipe, ma possono essere indirizzati anche a destinatari diversi per tipologia e contesti di cura (gruppi monoprofessionali o multi professionali presenti all'interno dell'èquipe, provenienti dalla medesima istituzione o da istituzioni diverse). Anche i temi affrontati si differenziano in relazione agli obiettivi che si vogliono perseguire (elaborazione del lutto, consapevolezza emotiva, riduzione dello stress ecc.), ed alle tecniche che vengono impiegate (scambio verbale, narrazione, scrittura espressiva, arte-terapia, mindfulness ecc.).

4.1 a. Focus dello Staff Support

Lo Staff Support nasce nell'ambito dell'educazione al benessere e all'autocura (self care) con la duplice prospettiva di supportare la persona, il professionista e il gruppo di lavoro, attraverso la condivisione dei carichi fisici, emotivi, morali e spirituali, l'imparare a parlarsi ed ascoltarsi, il rispetto dei valori dell'altro e la costruzione del senso di appartenenza.

Lo Staff Support si basa su quattro elementi fondamentali: il supporto all'èquipe nell'attività di assistenza, la formazione sulle competenze comunicativo-relazionali, la promozione del benessere e la prevenzione/trattamento degli eventuali esiti negativi sugli operatori.

Il supporto all'équipe di assistenza alle persone malate nelle fasi terminali della vita ed alle loro famiglie, è focalizzato sulle criticità che gli operatori possono incontrare durante il percorso assistenziale come ad esempio gli interventi non conformi ai progetti assistenziali, i conflitti tra soggettività professionali diverse, tra riferimenti valoriali e/o tra le problematiche comunicative e relazionali.

Buone competenze comunicativo-relazionali sono fondamentali nel lavoro in Cure Palliative e sono considerate abilità di base necessarie nell'interazione tra professionisti e tra i sanitari e le persone ammalate e i loro familiari/caregiver. Lo Staff Support garantisce la formazione continua (valore aggiunto nel modello organizzativo delle Cure palliative) attraverso un costante monitoraggio ed aggiornamento delle competenze comunicative e relazionali degli operatori. Le difficoltà nel gestire la fatica relazionale e il coinvolgimento emotivo che deriva dal contatto continuativo con la malattia, la sofferenza, il morire, la morte ed il lutto richiedono un'attenzione particolare alla prevenzione e trattamento degli eventuali esiti negativi sugli operatori.

Il rischio di burnout, compassion fatigue e perdita di senso viene monitorato costantemente e prevenuto e controllato attraverso interventi di Staff Support mirati alla promozione del benessere bio-psico-sociale dell'operatore.

Io Staff Support si propone di rispondere il più possibile alle "domande" suscite dall'attività clinica quotidiana dell'équipe.

È compito dello psicologo dell'équipe, esperto in Cure Palliative, costruire in modo continuativo spazi di riflessione e discussione su queste tematiche.

In tal senso si propone, anche, come formazione continua attraverso la discussione e la rilettura dei casi affrontati dall'équipe al fine di migliorare la comprensione delle situazioni cliniche e di ridefinire il progetto individuale e il piano assistenziale nei suoi obiettivi di intervento.

Sarebbe auspicabile che interventi di Staff Support fossero pianificati e inseriti regolarmente tra le attività strutturali di un servizio di Cure Palliative e che vi partecipassero tutti gli operatori dell'équipe.

La programmazione degli interventi deve partire dalla rilevazione delle criticità e dalla raccolta dei bisogni specifici degli operatori, al fine di utilizzare i modelli e le tecniche più appropriate per il raggiungimento degli obiettivi.

4.1 b. Metodologie di lavoro

In letteratura esistono diversi modelli di riferimento sulla base dei quali sono stati ideati e proposti interventi di Staff Support nelle Cure Palliative. Alcuni di questi fanno riferimento a modelli teorici derivanti dagli studi sul burnout lavorativo (stress reduction programs), altri all'applicazione in questo ambito di tecniche di intervento psicologico già utilizzate in altri settori lavorativi (rilassamento, mindfulness ecc), altri ancora scaturiscono dalla necessità di dare risposte a bisogni specifici degli operatori delle Cure Palliative.

West (2004) ha identificato quattro tipi di supporto di cui la ricerca psicologica ha dimostrato l'efficacia nei contesti organizzativi e che possono rappresentare elementi costituenti degli interventi di Staff Support in Cure Palliative:

Il supporto emozionale, che si rivolge alla dimensione emotiva del lavoro promuovendo il riconoscimento e l'espressione delle emozioni suscite durante l'attività lavorativa.

Il supporto informativo, che incide sulla componente cognitiva attraverso un miglioramento delle conoscenze e uno scambio di informazioni rispetto ad aspetti rilevanti o critici del lavoro.

Il supporto strumentale, che è maggiormente focalizzato sul miglioramento di abilità e competenze professionali attraverso l'acquisizione e la sperimentazione di tecniche e strumenti specifici della professione.

Il supporto analitico, finalizzato all'approfondimento e all'analisi dell'esperienza lavorativa ed alla pianificazione di più efficaci strategie di gestione dei casi.

4.1 c. Modelli e Tecniche di intervento

Le tecniche utilizzate per gli interventi di Staff Support, descritti nella letteratura internazionale, sono molteplici e fanno spesso riferimento ad esperienze maturate in specifici contesti culturali non sempre direttamente trasferibili nella realtà lavorativa italiana. A fronte di alcune proposte più consolidate e documentate, quali lo Staff Support Case o i gruppi psico-educazionali, si trovano in letteratura esperienze descritte più sommariamente, di cui si è ritenuto comunque di fare cenno:

➤ Staff Support Case

Sulla base della metodologia di supporto analitico nasce uno dei principali modelli di Staff Support, **lo Staff Support Case**, che utilizza la discussione dei casi clinici come strumento di lavoro.

Lo Staff Support Case sostiene l'équipe nell'affrontare, in uno spazio ed in un tempo dedicati, le criticità inevitabili della pratica assistenziale permettendo che l'esperienza di ogni professionista non rimanga confinata nella dimensione individuale, ma sia invece "elaborabile" in gruppo, trasformandola in una opportunità di crescita formativa per l'intero staff. Ciò risulta particolarmente importante per i casi clinici difficili e/o emblematici, e per certi esiti traumatici conseguenti ad eventi clinici o a scelte assistenziali.

Il caso di una persona assistita e il relativo percorso assistenziale vengono analizzati all'interno del gruppo al fine di valutare le risposte fornite dall'équipe ai bisogni complessi del paziente e dei familiari e le modalità comunicativo-relazionali impiegate.

Cruciale è l'identificazione delle eventuali criticità emerse e delle loro cause, (personal, professionali e/o organizzative). Ne consegue la ricerca dell'approccio assistenziale più adeguato nonché dei possibili cambiamenti, sia a livello intra-individuale che inter-individuale, da mettere in atto all'interno dell'équipe.

È opportuno sottolineare che l'attività dello psicologo di Cure Palliative con gli operatori dell'équipe nello Staff Support Case non si definisce come una presa in carico psicologica individuale, ma come un lavoro di sensibilizzazione, acquisizione e promozione di conoscenze, competenze e attitudini di tipo relazionale e/o comunicativo e di "gestione del Sé" trasversali alle diverse professionalità.

Lo Staff Support Case si propone, dunque, da un lato come intervento di revisione psicologica attraverso i casi e dall'altro come formazione continua del team dei curanti.

➤ **b) Programmi di sostegno al lutto per gli operatori (Bereavement debriefing)**

Gli operatori sanitari possono affrontare in modo più efficace l'esposizione ripetuta alle situazioni correlate al morire, se trovano delle modalità per comprendere e consolidare le loro esperienze all'interno di più ampie strutture di significato. Inoltre, la creazione di un ambiente di lavoro che favorisce l'espressione della spiritualità anche attraverso la condivisione di rituali o commemorazioni può aumentare la resilienza degli operatori. (Holland Niemeyer, 2005; Wenzel et al 2011).

I Bereavement debriefing sono riunioni finalizzate al supporto dello staff rispetto alle morti particolarmente stressanti o inattese, nelle quali vengono riesaminati in gruppo i diversi passaggi del processo di cura, lasciando spazio all'espressione dei vissuti e delle emozioni di ciascuno. Gli operatori che partecipano attivamente a questi debriefing riportano una maggiore abilità nel gestire il lutto e nel mantenere l'integrità professionale (Brosche, 2007; Keene et al., 2010).

➤ **Interventi psico-educazionali**

Si tratta di un insieme organizzato di interventi che affiancano momenti informativi ad interventi psicologici di supporto finalizzati a migliorare la conoscenza e la gestione di specifiche problematiche.

Interventi psico-educativi per la riduzione dello stress lavorativo sono descritti da Bruneau BM (2004) e sono finalizzati alla prevenzione dello stress lavorativo attraverso l'insegnamento di coping skills cognitivi e tecniche di rilassamento mentre specifici programmi centrati sulle tematiche di fine vita rivolti in particolare al personale infermieristico, sono descritti da Boyle (2011). Tali programmi, condotti in gruppo, hanno l'obiettivo di migliorare la conoscenza e gli skills professionali degli infermieri che assistono i pazienti alla fine della vita.

Negli ultimi anni la letteratura ha dato ampio spazio agli **interventi psico educativi in ambito esistenziale** che comprendono le esperienze che fanno riferimento alla psicologia esistenziale di Viktor Frankl.

La capacità individuale di trovare un significato in grado di trasformare le situazioni di stress intenso in esperienze positive può infatti agire come una

“profonda forza motivazionale” che migliora la qualità della vita e il benessere degli individui (Desbiens e Fillion 2007).

- Gruppi esistenziali: si basano su riflessioni guidate ed esercizi di Logoterapia con l’obiettivo di migliorare l’abilità degli operatori nel rispondere a domande esistenziali e sostenere o promuovere la spiritualità come risorsa a supporto del processo di assistenza (Fillon 2009).
- Training Psico-esistenziali: sono centrati sulle paure legate alla morte e sulle principali tematiche della psicologia del morire. L’obiettivo è quello di aiutare gli operatori a trovare risposte e significati di fronte alle emozioni generate dal tema della morte (Melo 2010).

➤ **Forum espressivi/narrativi**

I Gruppi espressivi sono finalizzati a fornire supporto emotivo e a stimolare i processi di crescita degli operatori di Cure Palliative. Sono condotti mediante l’uso di tecniche espressive, focalizzate su sentimenti ed emozioni, ed esercizi di rilassamento (Van Staa 2000; Swoboda et al. 2009). Ad esempio il St Joseph’s Hospice di Londra propone un forum espressivo mensile rivolto ai membri dell’intero staff, clinico e non clinico, con l’obiettivo di offrire uno spazio dove raccontare ed esprimere liberamente i propri vissuti emotivi relativi all’assistenza quotidiana (Watmore-Eve et al, 2013).

➤ **Interventi basati sull’arte terapia**

Meritano una particolare attenzione alcuni interventi che applicano tecniche di arteterapia e che hanno registrato uno sviluppo notevole negli ultimi anni. Tra questi:

- Programmi di arteterapia di gruppo: comprendono esercizi di respirazione, visualizzazioni guidate, arte, scrittura riflessiva e discussioni con l’obiettivo di ridurre l’affaticamento psicologico e aumentare la consapevolezza emotiva (Potash 2014).
- Gruppi di art-making: i partecipanti, lavorando in coppia, creano dei pannelli di stoffa colorata. L’obiettivo è quello di stimolare e riflettere sul valore della collaborazione nel raggiungimento di obiettivi comuni (Salzano 2013).
- Gruppi di musicoterapia: pratiche meditative di gruppo con l’utilizzo della musica affiancate all’insegnamento di tecniche per la gestione dello stress sono descritte da Hilliard RE (2006), mentre Włodarczyk N (2013) propone esercitazioni di gruppo che attraverso la musica favoriscono l’elaborazione del lutto degli operatori .

In sintesi, obiettivo comune dei molteplici programmi preventivi e/o terapeutici di Staff Support è quello di ristabilire un buon equilibrio tra le dimensioni umana, personale e professionale, ben sapendo quanto il confine tra esse,

soprattutto nelle professioni sanitarie in Cure Palliative, sia sottile e necessiti di essere costantemente tutelato.

4.1 d. Riflessioni sull'efficacia degli interventi di Staff Support

Da un'analisi dei risultati dei lavori pubblicati non è possibile trarre conclusioni significative circa l'efficacia di questi interventi nel migliorare il benessere psicologico degli operatori delle Cure Palliative.

Gli studi condotti risentono di numerose limitazioni, sia nella descrizione dell'intervento (che risulta spesso scarsamente approfondita) sia nella definizione e nella misurazione degli outcome (Hill R 2016).

Questi studi rappresentano tuttavia un utile punto di partenza per sviluppare linee di ricerca e sperimentazioni in questo ambito di intervento che sono ampiamente auspicate da clinici e ricercatori delle Cure Palliative.

4.2 LA SUPERVISIONE PSICOLOGICA IN CURE PALLIATIVE

In Italia esiste un'ampia letteratura sulle esperienze di Supervisione relative ad équipe multidisciplinari in ambiti istituzionali di tipo psichiatrico o educativo. I contributi relativi al tema della Supervisione in Cure Palliative, per contro, sono poco numerosi e basati per lo più sulla descrizione di esperienze svolte in singole realtà; in essi, inoltre, la dimensione valutativa è generalmente limitata al livello di soddisfazione dei partecipanti rispetto al percorso svolto.

Nella letteratura scientifica internazionale, invece, il termine “supervisione” compare molto raramente e, quando compare, fa per lo più riferimento ad interventi di rilettura analitica dei casi clinici affrontati dall'équipe (Kile 2015) spesso condotti da social workers.

In questa sezione del documento sarà trattato il tema della Supervisione psicologica delle équipe di Cure Palliative a partire dall'inquadramento teorico del contesto in cui essa si colloca,

4.2 a. Dinamiche di Gruppo, d'Equipe e rapporti con l'Istituzione

Con il termine “équipe” si intende un “gruppo operativo”, ovvero un “gruppo centrato sul compito” (Pichon-Rivier, 1985). In quanto gruppo di lavoro, dal punto di vista simbolico l'équipe rappresenta “uno spazio fisico e mentale in cui ogni membro incontra gli altri intorno ad un compito, a un obiettivo: il motivo razionale per cui le persone si incontrano” (Kaneklin, 2001).

Al pari di tutti i gruppi di lavoro, le équipe sono attraversate da peculiari fenomeni del “campo gruppale”, e per costituirsi da un punto di vista psichico necessitano di sviluppare un grado sufficiente di coesione interna ed un senso di familiarità, fiducia e rispecchiamento reciproco.

Un gruppo di lavoro ha sempre e contemporaneamente un funzionamento di tipo razionale, legato alle sue finalità esplicite e codificate, ed un funzionamento di tipo affettivo-emotivo, spesso隐式的, legato alla natura dei processi organizzativi, alla qualità delle relazioni tra i suoi membri e all'impatto emozionale del lavoro sulle dinamiche e difese psicologiche dei singoli e del gruppo.

Non di rado queste due modalità di funzionamento non sono sinergiche ma in una opposizione più o meno evidente che può condizionare anche in maniera significativa il perseguitamento degli obiettivi esplicativi.

Dinamica di gruppo è un'espressione coniata da Kurt Lewin (1948) per designare il contrasto di forze che agiscono all'interno del piccolo gruppo fino al raggiungimento di un determinato equilibrio, intendendo per gruppo un particolare sistema, in cui le persone che interagiscono s'influenzano a vicenda. In

quest'ottica, il gruppo può essere definito come un sistema aperto in continuo mutamento, il cui funzionamento si esplica su due livelli: quello della cooperazione razionale, dove si collocano gli obiettivi e le attività che fondano la costituzione del gruppo, i rapporti con i vincoli di contesto, così come la struttura, i metodi e i tempi progettati per la loro attuazione e quello della “mentalità di gruppo” o “gruppo di base” (Bion, 1961).

L'équipe è un gruppo di lavoro che si colloca all'interno di una istituzione. (Selznick, 1984) fa riferimento ad essa come un'organizzazione impregnata di valori: “l'istituzionalizzazione è un processo. È qualcosa che avviene ad una organizzazione attraverso il tempo, rispecchiante la particolare storia dell'organizzazione, le persone che ne fanno parte, i gruppi che essa incorpora e gli interessi che questi ultimi hanno creato, nonché il modo in cui ha saputo adattarsi al suo ambiente [...] In quello che è forse il suo significato più rilevante, 'istituzionalizzazione' significa infondere valori al di là delle esigenze tecniche del compito immediato”.

La cultura che permea un'istituzione interagisce dunque con le dinamiche dei suoi gruppi interni e dei suoi singoli membri, anch'essi portatori di storie e valori che devono trovare una composizione con quelli collettivi espressi dal gruppo (Barna e Brignone, 1999).

Fattore cruciale per il governo armonico di questi processi organizzativi e psicologici, individuali e gruppali, esplicativi ed impliciti, che riguardano l'équipe è quello della leadership. Spesso queste tematiche vengono affrontate in maniera separata, perdendo di vista il fatto che gruppo e leader sono invece inscindibilmente legati in quanto appartengono allo stesso sistema.

Dei gruppi in genere si ricercano “leggi” di invariata fenomenologia e metodi che ne consentano la manipolazione del funzionamento; della leadership si indagano le capacità del leader, le conoscenze necessarie, le strategie di leadership, all'interno di un costrutto culturale che considera la leadership come conseguenza di capacità individuali (Kaneklin e Isolabella, 1997).

La creazione di questi due oggetti (gruppo – leadership), trattati in tale modo, ha come unico effetto quello di “oggettivare” un evento che è invece relazionale e che si sviluppa nel rapporto tra bisogni del gruppo, rispetto agli obiettivi, e loro possibilità di espressione.

In questo senso la leadership orienta le dinamiche di gruppo così come i fenomeni che accadono all'interno del gruppo stesso influenzano lo stile di leadership esercitato in esso. Per questo motivo è di cruciale importanza la costante partecipazione delle figure apicali del gruppo al lavoro di supervisione.

4.2 b La Supervisione psicologica delle équipe di Cure Palliative

Per la specifica natura del lavoro che sono chiamate a svolgere e per le caratteristiche che esse possiedono, si ritiene che la Supervisione psicologica possa rappresentare una risposta appropriata alla complessità dei bisogni delle équipe di Cure Palliative, sia in riferimento alle difficoltà connesse alla necessità

dei singoli membri di integrare efficacemente le azioni individuali in vista del raggiungimento del proprio fine comune (la prevenzione ed il sollievo dalla sofferenza dei pazienti affetti da malattie inguaribili e dei loro familiari), sia in riferimento alla sfida intellettuale ed umana legata al continuo confronto con la terminalità e con la morte.

Sulla base degli obiettivi comuni ad altri tipi di Supervisione d'équipe, quali quelle condotte in ambito psichiatrico o in altri ambiti socio-sanitari, e delle peculiarità proprie del lavoro in Cure Palliative qui sintetizzate, è possibile definire la Supervisione in questo specifico contesto come

"l'intervento di uno psicologo esterno al gruppo di lavoro con competenze specifiche in Cure Palliative e dinamiche di gruppo [...] centrato sulle dinamiche dell'équipe con finalità di prevenzione del burnout, miglioramento del clima lavorativo e della qualità del lavoro anche attraverso la discussione e l'analisi delle modalità di gestione dei casi clinici, delle loro implicazioni emotive e dei conflitti relazionali di natura professionale" (Documento di Consenso "Appropriatezza dei termini psicologici e relazionali in cure palliative" Workshop Psicologi Congresso Nazionale SICP 2014).

Viene qui riaffermata la necessità che il supervisore dell'équipe di Cure Palliative sia uno psicologo esterno al gruppo di lavoro in quanto la sua collocazione interna fa sì che egli sia attraversato, in maniera in larga parte inconsapevole, dalle dinamiche gruppali, cui contribuisce attraverso il suo agire professionale quotidiano.

Essendo dunque l'oggetto specifico della Supervisione proprio i fenomeni del campo gruppale dell'équipe, un'analisi delle sue dinamiche non può che derivare dall'utilizzo di un vertice osservativo esterno al gruppo di lavoro. Lo psicologo dell'équipe sarà quindi esso stesso soggetto della Supervisione al pari di tutte le altre figure professionali.

Sarà frutto del lavoro di Supervisione la progressiva maturazione nell'équipe di una consapevolezza affinata delle dinamiche relazionali e di gruppo in atto e l'eventuale attuazione dei cambiamenti organizzativi che rendano il lavoro più fluido.

La Supervisione rappresenta a tutti gli effetti una particolare forma di intervento di supporto allo staff. Ciò nondimeno, pur promuovendo almeno indirettamente un aumento delle conoscenze e delle competenze degli operatori in relazione a specifici aspetti, la sua caratteristica distintiva consiste nel fatto di proporsi quale **strumento di lavoro centrato sulle dinamiche d'équipe** e sulla relazione tra queste dinamiche, le caratteristiche dell'attività che l'équipe è chiamata a svolgere e l'organizzazione cui appartiene.

4.2 c. La domanda di Supervisione

La supervisione, come qualsiasi altro strumento, non ha efficacia "per se stessa", ma è subordinata alla soddisfazione di una condizione necessaria, anche

se non sufficiente: che nasca da una “domanda”. Se l'operatore infatti, a partire da una situazione di disagio, non è in grado di aprirsi a una domanda, nessuna offerta di supervisione sarà in grado di produrre in lui alcunché di positivo per la sua pratica.

L'esigenza della Supervisione può emergere dal Responsabile o da un membro dell'équipe, dall'organizzazione di appartenenza o dall'équipe stessa. Quest'ultima può riconoscere un ambito specifico di problematicità nel proprio lavoro, ipotizzarne una causa legata al suo funzionamento interno e scegliere autonomamente la Supervisione come strumento elettivo di aiuto. Può accadere, invece, che lo Psicologo dell'équipe, per le sue specificità professionali, osservi dinamiche disfunzionali (relazionali, organizzative) rispetto alle quali sente di non poter intervenire, poiché coinvolto in prima persona. Si può assistere inoltre alla richiesta di attivazione della Supervisione a prescindere dall'emergere di una problematica: in questi casi l'esigenza in primo piano può essere legata alla consapevolezza razionale delle difficoltà della relazione clinica in Cure Palliative.

L'équipe può richiedere la Supervisione in seguito alla percezione di uno o più elementi che ostacolano il lavoro quali ad esempio, una conflittualità eccessiva fra i suoi membri o un evento che non rientra nello schema di lavoro.

Per poter lavorare nel campo è necessario organizzare un dispositivo che permetta al supervisore di analizzare la domanda latente dell'équipe, di cui la richiesta espressa, è la parte manifesta. Ciò che dunque distingue in quest'ottica una Supervisione istituzionale da un intervento organizzativo è, in primo luogo, l'idea che la richiesta di un individuo che è collocato al vertice della piramide o in un altro livello non esaurisce la domanda del gruppo da cui proviene (Montecchi, 2012).

In quest'ottica, la richiesta è intesa come un sintomo della domanda latente, non di un individuo, ma di un gruppo specifico: essa va collocata nell'ambito che le è proprio per poter trovare nuove letture e significazioni. Ciò implica che prima ancora della programmazione degli interventi formali di Supervisione il professionista interpellato dovrà costruire un dispositivo adeguato all'analisi della domanda che gli viene rivolta.

La richiesta viene discussa, anche in più incontri, dapprima con chi se ne fa portatore e con il Responsabile del gruppo di lavoro e infine con il gruppo stesso che quindi viene messo in condizione di discutere la richiesta espressa da uno o più dei suoi membri, le sue motivazioni, di precisarla o riformularla e, infine, di assumerne pienamente la responsabilità.

Esiste una criticità: essendo l'oggetto della Supervisione “le dinamiche di équipe”, uno degli esiti della Supervisione potrebbe essere anche l'indicazione di adottare cambiamenti a livello organizzativo che intervengano a sciogliere nodi significativi del processo clinico-assistenziale. Se questo aspetto non viene pattuito in sede di contratto tra l'istituzione (che ha potere e responsabilità decisionale), e il supervisore, la Supervisione stessa rischia di essere invalidata in partenza.

Dopo la fase dell'analisi della domanda, il supervisore pattuisce con il committente i termini del suo intervento: metodologia del lavoro in gruppo e regole del setting, partecipanti, obiettivi e focus, durata complessiva e cadenza degli incontri, modalità di restituzione finale sul lavoro svolto, compenso.

Il supervisore deve esplicitare la sua “proposta” chiarendo di quale sapere intende farsi testimone nei confronti degli operatori, che devono avere chiaro il fatto che ogni supervisione è strettamente legata alla formazione specifica del supervisore.

4.2 d. Partecipanti

Poiché la Supervisione è indirizzata, per definizione, all'équipe nel suo complesso e non a singoli membri, è auspicabile che agli incontri siano presenti tutti i componenti, incluso il Responsabile dell'équipe.

Per la stessa ragione è opportuno che la partecipazione non sia allargata a tutti coloro che, pur collaborando a vario titolo alle attività dell'équipe nell'ambito della stessa organizzazione di appartenenza, di fatto non ne fanno parte.

Gli operatori esterni all'équipe potrebbero essere percepiti come agenti di controllo; l'introduzione di nuovi componenti, sposterebbe il focus del lavoro dalle dinamiche di équipe a quelle che prendono corpo all'interno del “nuovo” gruppo così costituito.

Altro è se in corso d'opera cambiano i membri effettivi dell'équipe: introducendo elementi “ex novo” o sostituendo il personale cambia il gruppo e quindi le nuove dinamiche diventano l'oggetto di lavoro.

La presenza del gruppo di lavoro al completo permette al gruppo stesso di “non auto-selezionarsi” in base agli interessi, alla sensibilità o ai pareri sulla Supervisione e dunque di essere pienamente rappresentativo delle dinamiche che esso esprime nella quotidianità del suo agire.

4.2 e. Focus della supervisione

Il focus del lavoro di Supervisione è rappresentato dall'analisi delle dinamiche organizzative, istituzionali, psicologiche e relazionali del gruppo di lavoro che facilitano e/o ostacolano il perseguitamento dell'obiettivo esplicito del lavoro dell'équipe.

Questo permette di:

- facilitare lo sviluppo individuale e collettivo della consapevolezza dei fenomeni specifici di gruppo che investono un'équipe impegnata nell'assistenza ai pazienti con malattia cronico-evolutiva in fase avanzata e terminale ed ai loro familiari, con particolare riferimento alle dinamiche relative al ruolo, alla gerarchia, al conflitto professionale nei processi decisionali e alle difese psicologiche di gruppo (conscie e inconscie) impiegate per far fronte allo stress ;
- favorire lo sviluppo di un funzionale senso di appartenenza.

4.2 f. La metodologia

Se noi intendiamo la cultura come metafora di base (ovvero primaria e fondamentale) di una organizzazione, quindi assimilabile alla cornice di significati in grado di dare senso a ciò che accade (Benozzo, Piccardo, 2012), comprendendola possiamo conoscere la trama e l'ordito che costituiscono la tessitura su cui si appoggia e di cui fa parte l'équipe stessa

Le dinamiche del gruppo di lavoro possono essere intraviste attraverso la raccolta della storia dell'organizzazione a cui il gruppo appartiene e della storia della nascita dell'équipe, attraverso l'indagine sul compito esplicito e manifesto del gruppo e di ciascuno dei suoi componenti, attraverso l'indagine sui valori e la cornice di significati attorno a cui l'organizzazione e l'équipe e si sono costituite e operano, nonché attraverso l'analisi dei casi clinici come frame del "modus operandi" della squadra.

Durante la Supervisione si possono co-costruire le posizioni dei singoli componenti nell'équipe rispetto alle semantiche emergenti. (Davies e Harré 1999)

Ogni organizzazione, grande o piccola, costruirà una cultura su un numero di queste polarità semantiche, che sono necessarie per dare significato allo scopo dell'organizzazione e all'agire nel contesto dell'organizzazione stessa (von Langenhove, Harré, 1999). Ognuno co-costruisce la sua posizione nel continuum semantico attraverso la conversazione, e attraverso la stessa emerge all'occhio attento del Supervisore, rivelandone anche vincoli e vantaggi. Cogliendo attorno a quali polarità semantiche significative si sviluppa la conversazione dei membri dell'équipe (Ugazio, 2012) potremo definire il posizionamento di ognuno di loro e significare le situazioni di impasse o di conflittualità, potremo vedere chi agisce in modo simmetrico e chi in maniera complementare al fine di raggiungere il cambiamento funzionale all'équipe stessa.

Nell'ambito di questo processo, la restituzione all'équipe del frutto del lavoro sviluppatisi nel corso degli incontri rappresenta un momento fondamentale. Vengono tradizionalmente definiti e distinti tre tipi di restituzione:

- Microrestituzioni: sono quelle risignificazioni e ricostruzioni che avvengono durante gli incontri e che sono funzionali alla costruzione del percorso di supervisione (Gandolfi, 2013);
- Restituzione finale al gruppo: alla fine del percorso il supervisore costruisce con il gruppo la restituzione di ciò che è emerso. La restituzione diventa un momento significativo perché permette di evidenziare i risultati raggiunti, il percorso svolto, le criticità e le risorse del gruppo di lavoro. Durante l'incontro in cui viene fatta tale restituzione è opportuno che vengano contestualmente condivisi i contenuti che verranno comunicati al committente;
- Restituzione al/ai committente/i: il supervisore è tenuto a riferire a chi lo ha incaricato i risultati dell'intervento. È auspicabile che questo avvenga anche attraverso una relazione scritta, che il supervisore consegnerà al

committente/i alla fine del percorso. All'interno del documento potranno essere riportate anche indicazioni di carattere organizzativo utili al miglioramento del clima lavorativo.

4.2 g. Tecniche e stili di conduzione del gruppo

La Supervisione è in genere basata sullo scambio verbale tra i partecipanti. A seconda degli obiettivi e del focus degli incontri e dell'intero percorso, è possibile, inoltre, l'utilizzo di role-play, drammatizzazioni, esercitazioni in gruppo con l'utilizzo di modalità espressive non-verbali.

Lo stile della conduzione è attivo ed orientato ad agevolare i processi comunicativi, ad aumentare la capacità di pensiero complesso e la qualità di svolgimento del compito professionale.

4.2 h. Vincoli organizzativi del setting della Supervisione

L'intervento di Supervisione coinvolge tutti i professionisti dell'équipe specialistica di Cure Palliative (L. 38/2010), nessuno escluso. Come anticipato, è richiesta la partecipazione al ciclo di incontri del Responsabile dell'équipe.

Gli incontri dovrebbero essere considerati parte integrante dell'attività lavorativa dei singoli professionisti. La presenza dei singoli componenti è richiesta in modo continuativo durante l'intero ciclo di incontri. Questi ultimi devono essere programmati in modo da facilitare la partecipazione dei singoli, nel rispetto delle priorità legate alle attività di assistenza.

Il supervisore compie preliminarmente, attraverso uno o più incontri ad hoc, un'analisi della domanda di Supervisione, in particolare quando tale domanda è inizialmente posta da un membro del gruppo o è espressione del bisogno di un gruppo ristretto di professionisti dell'équipe. In questi incontri preliminari è sempre coinvolto il Responsabile del Servizio/Equipe.

Il supervisore è tenuto a restituire al gruppo e al committente, pur mantenendo/attenendosi al segreto professionale, ciò che è emerso durante il lavoro di Supervisione.

4.2 I. Il supervisore

Il supervisore, come sottolineato e motivato in precedenza, deve essere un professionista esterno all'équipe e non avere con i membri della stessa vincoli e/o legami affettivi, a garanzia di un ascolto neutrale.

Il supervisore deve essere Psicologo e Psicoterapeuta, dovrebbe avere una qualificata esperienza professionale sia nel settore delle Cure Palliative sia nell'ambito della formazione e della gestione/conduzione dei gruppi.

A prescindere dallo specifico modello di riferimento, è importante che il supervisore sappia scegliere di volta in volta gli strumenti e le tecniche più idonee a promuovere le potenzialità del gruppo in relazione al momento che sta vivendo ed agli obiettivi del percorso.

Il supervisore si pone come garante di un setting finalizzato a favorire la libera espressione individuale, il processo gruppale e le capacità di apprendimento (relazionali e professionali) contenute nel gruppo.

Vi è un costante rimando del supervisore alle dinamiche del rapporto operatore professionale/lavoro e alle valenze a volte fortemente emotive di esso. Viene favorito il processo gruppale e le capacità di apprendimento contenute nella possibilità di utilizzare, per lo stesso oggetto di riflessione, i punti di vista di ogni professionista coinvolto.

SINTESI CONCLUSIVA

Gli interventi psicologici a sostegno all'équipe rappresentano per gli psicologi che lavorano nelle Cure Palliative un ambito di intervento che potrebbe avere un importante sviluppo nei prossimi anni, a condizione che vengano chiaramente definiti e padroneggiati gli obiettivi e gli strumenti di lavoro.

Il presente documento ha l'obiettivo di iniziare un percorso di definizione attraverso la presentazione di due differenti modelli di intervento: lo Staff Support, le cui attività fanno principalmente riferimento allo psicologo dell'équipe, e la Supervisione, esercitata, invece, da uno psicologo esterno all'équipe.

Risulta quindi evidente che i due modelli non sono in competizione tra loro: i loro obiettivi sono sostanzialmente diversi, essendo il primo un intervento di tipo supportivo con finalità prevalentemente formative mentre il secondo è volto principalmente alla gestione delle dinamiche dell'équipe.

La scelta di attivare uno o l'altro intervento deve essere il risultato di una analisi dei bisogni e delle criticità rilevate nell'équipe di lavoro: sarà infatti il tipo di problema o la domanda ad orientare la scelta. Interventi facenti riferimento ai due diversi modelli possono anche essere presenti contemporaneamente in una stessa équipe.

Il presente documento non vuole essere un punto di arrivo, ma un punto di partenza, un tentativo di offrire alle équipe di Cure Palliative un primo riferimento per ideare e pianificare programmi volti alla salvaguardia del benessere degli operatori che ne fanno parte.

Una sempre maggiore documentazione e diffusione delle esperienze maturate in questo campo e la realizzazione di ricerche sull'impatto dei diversi interventi nei vari contesti lavorativi rappresentano importanti sfide future per gli psicologi che lavorano nelle Cure Palliative.

Spunti bibliografici per approfondire

Fattori di stress per gli operatori

Abendroth, M. and Flannery, J. (2006). "Predicting the Risk of Compassion fatigue". Journal of Hospice and Palliative Nursing 8:6, 346-355

Aycock N. and Boyle D., Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing 13:2, 183-191, 2009.

Asai M, Morita T, Akechi T, et al. (2007) Burnout and psychiatric morbidity among clinicians engaged in end of life care for cancer patients: a cross sectional nationwide survey in Japan. Psycho-oncology 16, 421-8

Blust, L (2009). "Health professional burnout ". Medical College of Wisconsin End-of-life/Palliative Resource Center (EPCR). Journal of Palliative Medicine 12:7, 639- 42.

Hospice Friendly Hospitals Programme a cura di, End-of-Life Care & Supporting Staff; a literature review, 2013, <http://www.hospicefriendlyhospitals.net>

Keidel, G.C. (2002). "Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers". American Journal of Hospice and Palliative Care 19:3, 200-205.

Maslach C, Shafueli WB and Leiter MP (2001) Job burnout. Annual review of psychology, 52, 397-422.

Meier J. and Beresford, L. (2006). "Preventing Burnout". Journal of Palliative Medicine 9:5, 1045-1048.

Papadatou, Danai (2009). In the Face of Death: Professionals who Care for the Dying and the Bereaved. New York Springer Publishing Company.

Pereira, S.M., Fonseca, A.M., Carvahlo, A.S., Burnout in palliative care: a systematic review. Nursing Ethics, vol. 18, 2011, pp. 317-326.

Potter, P., Deschields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, d., Norris, L., Olsen, S. (2010). "Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology).

Ramirez AJ, Graham J, Richard MA, et al. (1995) Burnout and psychiatric disorders among cancer clinicians. British Journal of cancer 71, 1263-9

Vachon, MLS and Sherwood, C. (2007) Staff stress and Burnout. In AM Berger, JL Shuster and JH Von Roenn (eds), Principles and practice of palliative care and supportive oncology: Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 667-83

Vachon MLS and Huggard J (2010) The experience of the nurse in end of life care in the 21st century: mentoring the next generation. In BR Ferrel and N. Coyle (eds), Textbook of Palliative Nursing 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 1131-56

Staff support

Ablett JR1, Jones RS., Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work, Psychooncology. 2007 Aug;16(8):733-40.

Aycock N. and Boyle D., Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing, Clinical Journal of Oncology Nursing 13:2, 183-191, 2009.

Bateson G., Mente e natura, Adelphi, Milano, 1984.

Bateson G., Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano 1977.

Boyle DA Countering compassion fatigue Online Journal of issues in nursing Vol 16 n.1, 2011

Boscolo L. e Bertrando P., I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

Campione F., Rivivere. L'aiuto psicologico nelle situazioni di crisi, Clueb, Bologna 2000.

Brosche, Teresa (2007). "A Grief Team Within a Healthcare System". Dimensions of Critical Care Nursing 26:1, 21-8.

Cecchin G., Cinque esercizi per mantenersi fedeli al pensiero sistematico, Seminario, Genova, 2010.

Cecchin G., Hypothesizing-Circularity-Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity, Fam. Proc.; vol. 26; 1987.

Fillion L. et al., Enhancing meaning in palliative care practice: a meaning centered intervention to promote job satisfaction, Support Palliative Care 4(4): 33344, 2006

Fillion L, Duval S, Dumont S, et al. Impact of a meaningcentered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. Psycho-Oncology 2009; 18: 1300–1310

Fruggeri L., Dal costruttivismo al costruzionismo sociale. Indicazioni teoriche e terapeutiche; Psicobiettivo vol. 18 cap.1 1998.

Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliat Med.* 2016 Mar 4.

Hilliard RE. *The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers.* *Art Psychother* 2006; 33: 395–401

Holland J and Niemeyer RA, Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training, *Palliative and Supportive Care* 3, 173-81, 2005.

Hunsberger P., Creatin and evolution of the hospice staff support group: lessons from four long-term groups. *Am j Hospice palliate care* 5:37-41, 1989

Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C, Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing their Grief, *Pediatric Nursing* 36: 4, 185-189, 2010.

Lloyd-Williams M., *Psychosocial Issues in Palliative Care*, Oxford University Press, 2008

Melo CG and Oliver D. *Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care?* *J Palliat Care* 2010; 27: 287–295.

Morgan G., *Images: le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano, 1995.
Mullick A, Wright A, Watmore-Eve J, Flatley M, Supporting hospice staff: the introduction of Schwartz Center Rounds to a UK hospice setting, *European Journal of Palliative Care*: March/April 20 (2), 2013.

Payne M., Staff Support in M. Loyd Williams (ed.) *Psychosocial Issues in Palliative Care*, Oxford University Press, 2008

Potash JS, Ho AH, Chan F, et al. *Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study.* *Int J Palliat Nurs* 2014; 20: 233–240

Salzano AT, Lindemann E and Tronsky LN. *The effectiveness of a collaborative art-making task on reducing stress in hospice caregivers.* *Art Psychother* 2013; 40: 45–52.

Swoboda S.M., Pronovost, P.J., Sexton J.B. (2009). "Caring for the caregiver: benefits of expressive writing for nurses in the United States". *Progress in Palliative Care* 17: 6, 307-312

Vachon ML1., Staff stress in hospice/palliative care: a review, *Palliat Med.* 1995 Apr;9(2):91-122.

Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N, Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, *Patient Educ Couns.* Aug;41(1):93-105, 2000.

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. and Krumm, S. (2011). "Working Through Grief and Loss: Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement". *Oncology Nursing Forum* 38:

West MA, Effective team work, Oxford BPS Blackwell, 2004

Włodarczyk N. The effect of a group music intervention for grief resolution on disenfranchised grief of hospice workers. *Progr Palliat Care* 2013; 21: 97-106.

Supervisione

Azzetta F., Caimi A., Chieppa F., Macchi A.V., Porta A., Sempreboni A., Soldi S., Toietta P. Lo psicologo in hospice: il gruppo Geode tra riflessioni e lavoro in reparto, *La rivista italiana di Cure Palliative*, vol. 15, n. 4-2013, pag. 29-34

Barnà, C., Brignone, A. (1999) Il "sogno dell'istituzione" nei gruppi di supervisione, *Funzione Gamma*, <http://www.funzionegamma.it/il-sogno-dellistituzione-neigruppi-di-supervisione/>

Bauleo, A. (1994), La supervisione istituzionale, in Bauleo A, De Brasi M., Clinica gruppale clinica istituzionale, Padova, Il Poligrafo

Bauleo, A., De Brasi M. (1994), Clinica gruppale clinica istituzionale, Padova, Il Poligrafo

Benozzo, A., Piccardo, C. (2012), L'organizzazione come cultura, in Psicologia delle organizzazioni, a cura di Argentero, P., Cortese C.G., Piccardo C., Milano, Raffaello Cortina

Bion, W.R., 1961, Esperienze nei gruppi, Roma (1980), tr. it. Armando
Campbbell, D., Groenbaek, M. (2006), Taking Position in the Organization, London,
Karnak

Davies, B. and Harré, R. (1990). 'Positioning: The Discursive Production of Selves.' *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20 (1), 43-63. Rpt. w modifications as Ch. 3 in Rom Harré and Luk van Langenhove (eds), *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*. Malden, Blackwel006C

Di Maria, F., Lo Verso, G., (2002) (a cura di), Gruppi. Metodi e strumenti, Raffaello Cortina, Milano.

Di Maria F., Venza G., (2002), Il gruppo di formazione, in Gruppi. Metodi e strumenti, (a cura di) Di Maria F., Lo Verso G., Cortina, Milano.

Edmonds KP(1), Yeung HN, Onderdonk C, Mitchell W, Thornberry K. Clinical supervision in the palliative care team setting: a concrete approach to team wellness. J Palliat Med. 2015 Mar;18(3):274-7

Gandolfi, M.(2013), Psicoterapia manuale di tessitura del cambiamento, officinadelpensiero.eu,

Gruppo Psicologi SICP (2015) Appropriatezza dei termini psicologici e relazionali in Cure Palliative. Documento di Consenso e Compendio, <http://www.sicp.it/web/eventi/SICP/lineeguida.cfm> <http://agenas-buonepratichecp.it/survey/pratiche.faces>

Harré, R., van Langenhove, L. (1999), *Positioning theory: Moral contexts of intentional action* Oxford, Blackwell.

Kaneklin, C., Isolabella, M.C. (1997), Immagini emergenti della leadership nelle organizzazioni, Milano Vita e Pensiero

Kaneklin, C. (2001). Lavorare in gruppo oggi, Spunti, 4, pp. 27-49

Lewin K.(1948), I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo, Milano (1972), Franco Angeli,

Lo Mauro V., Falgares G., Ruvolo G., (2012), La Cura Della Relazione: il gruppo allargato nella formazione degli operatori delle cure palliative, in Dinanzi al morire: percorsi interdisciplinari dalla ricerca all'intervento palliativo, (a cura di) Capozza D., Testoni I., Padova University Press, Padova.

Lo Verso G., (1997), Il setting formativo, il gruppo di formazione, in Variazioni sul setting, (a cura di) Profita G., Ruvolo G., Raffaello Cortina, Milano.

Lo Verso G., (2002), Parametri di differenti set(ting) dei gruppi clinici, in Gruppi. Metodi e strumenti, (a cura di) Di Maria F., Lo Verso G., Cortina, Milano.

Montecchi L. (2012), L' Equipe di lavoro e il lavoro della Equipe, ÁREA 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales Nº 16

Pichon-Rivier,E. (1985). Il processo gruppale. Dalla Psicanalisi alla psicologia sociale, Loreto, Lauretana.

Ruvolo G., Cicero M.V., Di Stefano G., Falgares G., Picone F., (2008), La formazione degli Operatori dell'assistenza dei pazienti terminali attraverso l'esperienza del gruppo allargato, Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali, 3(1), 1-17.

Ruvolo G, Lo Verso G., (2011), La prospettiva gruppoanalitica soggettuale sui gruppi di formazione, in Gruppoanalisi soggettuale, (a cura di) Lo Verso G., Di Blasi M., Raffaello Cortina, Milano.

Ruszniewski, M. (2003), Il "gruppo di parola" in ospedale, Livia Crozzoli Aite, L., a cura di, Assenza più acuta presenza, Torino, Paoline

Selznick, P. (1984). La leadership nelle organizzazioni. Un'interpretazione sociologica, Milano, Franco Angeli

SICP a cura di, Core curriculum dello psicologo in Cure Palliative, 2013,
<http://www.sicp.it/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento,WsPageNameCaller,WsIdRisposta,WsRelease&c1=CORECUSICP&c2=%2Fweb%2Feventi%2FSICP%2Findex%2Ecfm&c3=1&c4=1>

Ugazio, V. (2012), Storie permesse e storie proibite, Torino, Bollati Boringhieri